Lane Medical Libr

15 Vaginofixationen

(nach Dührssen)

aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik
zu Greifswald.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der hohen Medizinischen Fakultät
der Königl. Universität Greifswald

am

Montag, den 29. April 1895

mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Romuald Stankowski
Arzt aus der Provinz Posen.

Opponenten:

Herr Drd. Ludwig, Arzt.
Herr cand. med. Kowalik.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1895.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0283

Seiner lieben Mutter

und dem Andenken seines teuren Vaters.

Die Retroflexio uteri ist eine der häufigsten und wichtigsten Erkrankungen der Frauen. — Bei der Therapie derselben stehen uns zwei Wege offen, die orthopädische und die operative Behandlungsweise; die erstere besteht in der Pessarbehandlung und in der Massage nach Thure Brandt, die zweite hauptsächlich in der Ventrofixation und in der Vaginofixation. Da die operative Behandlungsweise nur von dem Specialisten geübt werden kann, während die orthopädische ein Allgemeingut der Ärzte ist, so ist letztere von diesem Gesichtspunkte aus unzweifelhaft von grösserem Wert, sofern sie genügt.

Betrachten wir zunächst die Resultate der Pessarbehandlung, so ergiebt sich Folgendes. Es lässt sich nicht in Abrede stellen, dass durch die Pessarbehandlung wirkliche Heilungen erzielt sind, indem der Uterus nach $^1/_2$-1jährigen Tragen eines Pessars nach Entfernung desselben in seiner normalen Stellung liegen bleibt. Doch sind diese Fälle sehr selten.. Gewöhnlich erreichen wir auf diese Behandlungsweise nur eine relative Heilung: d. h. der Uterus bleibt in Anteversion, so lange das Pessar getragen wird. 35 % nach Sänger, noch viel mehr nach Fränkel

verbleiben bei Pessarbehandlung ungeheilt, wenn sie auch eine subjektive Besserung erfahren. Ganz ohne Aussicht auf Erfolg sind bei dieser Behandlungsmethode die veralteten Fälle von Retroflexio und, wenn der Uterus durch Adhaesionen fixiert ist. — Was die Erfolge der Massage-Behandlung nach Thure Brandt anbetrifft, so scheinen diese nicht schlecht zu sein; was aber diese Methode, wie auch die vorige, in ihrem Werte herabsetzt, ist die Langwierigkeit der Behandlung.

Einen Übergang gleichsam zwischen der orthopädischen und operativen Behandlungsweise bildet die gewaltsame Dehnung der Adhaesionen bei Retroflexio uteri in Narkose nach B. S. Schultze und nachherige Pessarbehandlung. Wenn wir auch zugeben, dass dadurch die Aussicht der folgenden Pessarbehandlung besser gestellt wird, so glauben wir dennoch nicht, dass diese Methode, die doch einer Narkose, der hauptsächlichen Gefahr einer Operation, bedarf, mit der wird concourieren können, die durch einen chirurgischen Eingriff in kurzer Zeit guten Erfolg sichert.

Operativ sucht man die Retroflexio uteri zu beseitigen, hauptsächlich durch die Ventrofixation und in neuerer Zeit durch die Vaginofixation (nach Dührssen). Die erste Operationsmethode hat beträchtliche Nachtheile: erstens, weil sie eine Laparotomie erfordert und dann besonders, weil sie eine Darmeinklemmung herbeiführen kann. — Auch der

zweiten Methode scheinen, theoretisch erwogen, unumgängliche Nachtheile anzuhaften. Bei ihr kommt der Uterus aus einer pathologischen Lage in die andere, aus der Retroflexio in die Anteflexio, so dass wir besonders auf Harnbeschwerden gefasst sein müssten. Ob dem so ist und wie überhaupt diese Operationsmethode sich bewährt, das sollen die 15 nach dieser Methode operierten Fälle, die ich veröffentliche, klarzulegen helfen. Die Fälle sind die in der Zeit von 8. Oktober 1893 bis zum 1. April 1895 in der Universitäts-Frauenklinik zu Greifswald gemachten Vaginofixationen. Die Operationsgeschichte der Fälle habe ich nur da angeführt, wo sie von besonderem Interesse war.

Fall I.

Frau H. aus Palmerort.

Anamnese: Patientin war schon früher wegen ihres Leidens in Behandlung der Klinik.

Beschwerden: Der Uterus ist bald nach der Rückkehr nach Hause wieder in seine alte Lage zurückgekehrt.

Status praesens am 8. XI. 93.

Bimanuelle Untersuchung: Der Uterus befindet sich wieder in retroflektierter Stellung, wie früher.

Speculum: Sobald die Patientin drängt, tritt ein grosser Teil der vorderen Scheidewand vor die äusseren Geschlechtsteile.

Diagnose: Retroflexio uteri. Prolapsus par. vag. ant.

9. XI. Aufrichten des Uterus, Einlegen eines Thomaspessars. Die Beschwerden werden nicht besonders dadurch gebessert. Patientin klagt namentlich über Druck und Ziehen im Leibe.

13. XI. Trotz Thomaspessars ist der Uterus wieder nach hinten übergefallen. Sofort treten die Beschwerden, welche einige Zeit nach der Aufrichtung immer bedeutend nachlassen, mit aller Heftigkeit wieder auf. Aufrichtung.

15. XI. Uterus wieder retroflectiert. Aufrichtung.

16. XI. Genaue Untersuchung in Chloroformnarkose. Der Uterus lässt sich gut nach unten dislocieren und mit der Sonde, wie auch bimanuell sehr leicht aufrichten und in auteflectierter Stellung fixieren. Durch Einführen des Katheters wird nachgewiesen, dass die Blasenwand ausserordentlich dicht über der vorderen Muttermundslippe beginnt.

17. XI. Operation in Chloroformnarkose. Die in üblicher Weise vorbereitete Patientin wird auf den Operationstisch gelegt, die Beine durch Fritsch'sche Beinhalter fixiert, so dass sie sich in Steissrückenlage befindet. Nach Einlegung von Simon'schen Specula wird die vordere Muttermundslippe mit einer Muzeux'schen Hakenzange gefasst und der Uterus stark nach unten dislociert. Nachdem nun in die Blase ein männlicher Katheter eingeführt ist und durch Drehung der Convexität desselben nach vorn, die Blasenwand in die Nähe der vorderen Muttermundslippe vorgewölbt ist, wird an der letzteren $^1/_2$ cm oberhalb des

orificium externum ein Querschnitt gemacht. Durch seitlich in die Schleimhaut der vorderen Scheidewand eingehakte Kugelzangen wird das Operationsfeld möglichst gut sichtbar gemacht und nun mit dem Finger stumpf die hintere Blasenwand von der Cervix und der vorderen Uterusfläche losgelöst. Eine stark gekrümmte Sonde wird inzwischen in die Uterinhöhle eingeführt und der Uterus mit derselben in starke Anteflexionsstellung gebracht. Während dessen fliesst plötzlich aus einer Blasenwunde, welche wahrscheinlich durch eine in die vordere Scheidenwand eingehakte Kugelzange gemacht ist, eine kleine Menge Urin über die Wundfläche. Die jedenfalls sehr kleine Blasenverletzung ist nicht aufzufinden und wird daher weiter nicht berücksichtigt. Nun werden zwei starke Seidennähte durch den Fundus uteri hindurchgeführt, der Fundus in die Scheidenwunde eingenäht. Alsdann wird eine vordere Kolparrhaphie angeschlossen und zugleich die Wunde der vorderen Scheidenwand mit mehreren Catgutnähten geschlossen. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze. Einlegen eines Dauerkatheters.

18. XI. Befinden der Patientin durchaus gut. Die typischen Retroflexionsbeschwerden sind nach ihrer Angabe geschwunden. Schlaf ist sehr gut. Aus dem Dauerkatheter fliesst Urin ab. Daneben findet nirgends Abfluss von Urin statt.

26. XI. Es besteht etwas Cystitis. Tägliche Ausspülungen mit Kali-hypermanganicum-Lösung.

2. XII. Entfernung der Nähte. Fundus uteri und das hintere Scheidengewölbe liegt in einer Stellung, die der normalen nahekommt. Patientin steht auf.

10. XII. Entlassung der Patientin als geheilt.

Fall II.

Frau M., 23 J. alt.

Anamnese: Bis zum 14. Jahre gesund. Menstruation vom 14. Jahre, unregelmässig, 6wöchig, 8tägig; reichlich und mit Schmerzen verbunden. Letzte Regel am 13 II. 94.

2 Partus mit normalem Wochenbett, letzten November 1892.

Beschwerden seit der letzten Entbindung: Schmerzen im Unterleib, Druck nach unten und hinten, häufiges Urinlassen. Steigerung der Beschwerden beim Gehen.

Status praesens vom 13. III. 94.

Bau gracil, Farbe gesund, Appetit gut, Stuhlgang angehalten, Urin normal. Bimanuelle Untersuchung: Uterus liegt retroflektiert, lässt sich leicht aufrichten. Beide Ovarien sind vergrössert und auf Druck leicht schmerzhaft.

Speculum: Ectropium der Muttermundslippen. Entzündung der Cervixschleimhaut. Prolaps der hinteren Scheidenwand.

Diagnose: Retroflexio uteri. Hypertrophie der Portio.

Therapie: Vaginofixation. Excision der Cervixschleimhaut.

14. III. 94: Operation in Narkose.

Die in gewöhnlicher Weise zur Laparotomie vorbereitete Patientin wird in Steissrückenlage gelagert; nach Einleitung der Narkose werden die äusseren Geschlechtsteile mit Wasser und Seife gereinigt und mit 1 % Lysollösung abgespült, eine Ausspülung der Scheide wird angeschlossen. Zum Spülen während der Operation wird 0,5 % Lysollösung verwandt. — Nachdem die Portio durch Simon'sche Specula sichtbar gemacht ist, wird eine Muzeuxsche Zange in die vordere Muttermundslippe eingesetzt und der Uterus stark nach unten dislociert. Ein in die Blase eingeführter männlicher Katheter dient zur Dislocation derselben nach der Seite. Unter Schonung der Blase wird das vordere Scheidengewölbe durch einen Querschnitt eröffnet und die Blase, wie bei einer Totalexstirpation des Uterus von der Portio supravaginalis stumpf abgelöst, bis die Plica vesico-uterina sichtbar wird; dieselbe wird durchtrennt und mit dem vorderen Scheidenwundrand durch fortlaufende Catgutnaht vereinigt. Eine Kugelzange wird in den Fundus uteri eingelegt, welche ausreisst. Daher werden nach deutlicher Sichtbarmachung desselben in dem Scheidenspalt zwei provisorische Seidenligaturen mit langen Enden über einander durch denselben gelegt. Mit diesen lässt sich der ganze Fundus durch die Scheidenwunde hindurch bis vor die Vulva dislocieren; mit Zuhilfenahme des Fingers wird auch die linke Tube und das Ovarium vor die Vulva gezogen. Letzteres

ist bis zur Grösse eines Hühnereies vergrössert und zeigt mehrere Cysten. Nach Eröffnung derselben mit dem Paquelin-Flachbrenner wird auch das rechte ebenfalls vergrösserte Ovarium sichtbar gemacht und in gleicher Weise behandelt. Nach leichter Reposition des Fundus sammt der Anhänge wird nun der Uterus mit zwei Silkwormfäden in die Laquearwunde eingenäht und letztere in sagittaler Richtung mit fortlaufender Catgutnaht vereinigt. Es folgt die keilförmige Excision der Cervixschleimhaut nach Schroeder und die Colporrhaphia posterior nach Hegar. Vereinigung der Scheidenwunde mit fortlaufender Catgutnaht. Jodoformgazetamponade.

28. III. Patientin steht auf. Abends Temperatursteigerung auf 38,3. Geringe Druckempfindung im rechten Hypochondrium.

6. IV. Die Beschwerden sind vollständig zurückgegangen. Patientin geheilt entlassen.

Ich habe bei diesem Fall auch die Operationsgeschichte aufgenommen, weil die Operation von Dührssen selbst bei seiner Anwesenheit zum Stabsarztkurse in Greifswald vor den Theilnehmern des Kursus ausgeführt worden ist.

Fall III.

Frau Z., 28 J. alt.

Anamnese: Patientin hatte als Kind Masern, im übrigen war sie bis zum 14. Jahre gesund. Die Menses traten mit dem 15. Jahre ein, waren regelmässig,

4wöchig, 6tägig; sie waren reichlich und mit Schmerzen verbunden. Letzte Regel 20. III. normal. Patientin überstand acht normale Partus; den letzten vor 6 Monaten. Seit dieser Zeit datieren die Beschwerden: Schmerzen im Unterleib, besonders bei schweren Arbeiten und beim Stuhlgang; Druck nach unten und hinten.

Status praesens vom 26. III.

Patientin ist von gracilem Bau, mässigem Ernährungszustande, gesunder Farbe. Der Appetit ist gut, Stuhlgang angehalten, Urin normal.

Bei der bimanuellen Untersuchung zeigt sich, dass der Uterus retroflectiert liegt; er ist etwas vergrössert, ohne irgend welche Schwierigkeit aufrichtbar.

Diagnose: Retroflexio uteri.

29. III. Vaginofixatio nach Dührssen. Nach der für Laparotomieen üblichen Vorbereitung in Steissrückenlage auf den Operationstisch gelagert und chloroformiert. Nach Desinfektion der äusseren Genitalien durch Rasieren, Alkohol, Sublimat, Ausspülung der Scheide mit Sublimat, wird die Portio durch Simon'sche Speculum sichtbar gemacht und tief herab bis in die Vulva gezogen. Unter Sicherung der Blase durch einen eingeführten Katheter wird das vordere Scheidegewölbe durch einen Querschnitt durchtrennt, wobei eine sehr starke Blutung eintritt. Der vordere Lappen wird mit einer Kugelzange in die Höhe gezogen und nunmehr die cervix stumpf von der Blase abpräpariert, bis die vordere Plica

Douglasii sichtbar wird. Dieselbe wird mit der Scheere eingeschnitten. Nunmehr wird versucht, den Fundus uteri in die Scheidenwunde hineinzuziehen. Dies erweist sich als undurchführbar, da die Muzeux'schen Zangen sofort ausreissen, Seidenfäden durchschneiden. Da die Patientin ausserdem durch den Blutverlust ziemlich erschöpft ist, wird von einer Fortsetzung der Operation Abstand genommen. Die Scheidenwunde wird durch Seidennähte geschlossen und die Scheide mit Jodoformgaze austamponiert.

30. III. Patientin hat sich von der Operation schon etwas erholt. Sie erbricht häufig. Urin kann sie nicht lassen.

18. IV. Die Wunde ist verheilt. Die Beschwerden sind fast gänzlich geschwunden.

Ich habe bei diesem Falle die Operationsgeschichte aufgenommen, um ersehen zu lassen, dass die Operation nicht vollendet worden, und aus welchen Gründen dies geschehen ist.

IV. Fall.

Frau Luise G.

Anamnese: Die Menses waren in der letzten Zeit reichlich und mit Schmerzen verbunden. November 93 überstand Patientin die 4. Geburt; nach dieser traten sehr starke Schmerzen auf, die bereits auch nach der ersten und weniger stark nach der 2. und 3. Geburt aufgetreten waren.

Diagnose: Retroflexio uteri.

Therapie: 12. VII. Vaginofixatio.

Die Portio wird mit der Kugelzange angezogen.

Die Blase von der vorderen Seite des Uterus stumpf abgetrennt. Durch einen Frontalschnitt wird das Peritoneum eröffnet. Der Fundus uteri wird mittelst Sonde nach vorn gebracht und durch 2 Silkwormnäthe an die vordere Scheidenwunde fixiert. Die Scheidenwunde wird sodann in der Sagittallinie durch Catgut fortlaufend geschlossen. Die Scheide wird durch einen Jodoformgazetampon gestützt.

18. VII. Die Jodoformgaze wird entfernt.

23. VII. Patientin steht auf.

Ausser geringen ziehenden Schmerzen hinten tief unten hat Patientin keine Beschwerden.

Diese geringen ziehenden Schmerzen bestehen auch noch bei der Entlassung. Sonst ist das Befinden gut.

V. Fall.

Martha K., 22 Jahre alt.

Anamnese: Geburten und Wochenbette sind nicht gewesen. Früher bestanden gar keine Beschwerden. Seit 14 Monaten Druckgefühl in der Magengegend; in der Gegend über den Leistenbeugen Schmerz.

Diagnose: Retoflexio uteri.

20. VII. Vaginofixatio uteri.

4. VIII. Patientin ohne Blasen- und sonstige Beschwerden entlassen.

VI. Fall.

Lina H., 25 Jahre alt.

Anamnese: Patientin fiel Neujahr vom Stuhl;

seitdem ziehende Schmerzen in der rechten und linken Seite und im Kreuz. Vor und während der Regel sind die Schmerzen besonders stark.

Diagnose: Retroversio uteri; Cervikalkatarrh; Erosion der Portio.

Therapie: Hodge-Pessar und tägliche Behandlung des Cervikalkatharrs;

Da im weiteren Verlaufe der Uterus immer wieder trotz der verschiedenen Pessare nach hinten überfällt, die Beschwerden aber während der Zeit, in welcher der Uterus vorne liegt, wesentlich geringer sind, so entschliesst sich die Patientin zur Operation.

19. VIII. Vaginofixatio.

Glatte Heilung ohne Temperatursteigerungen. Nach 14 Tagen verlässt die Patientin das Bett. Nach 6 Wochen Entfernung der Silkwormnähte. Subjektives Wohlbefinden, keine Lokalbeschwerden.

VII. Fall.

Martha F., 30 Jahre alt.

Diagnose: Retroflexio uteri.

26. IX. Vaginofixatio uteri.

Weitere Angaben ev. über den Erfolg der Operation sind im Journal nicht vorhanden.

VIII. Fall.

Luise M., 36 Jahre alt.

Diagnose: Retroflexio uteri.

Therapie: 30. X. Vaginofixatio uteri.

Im Journal keine weiteren Angaben.

IX. Fall.

Emma H.

Diagnose: Retroflexio uteri.

Therapie: 1. XI. Vaginofixatio uteri (unvollendet).

Nach der üblichen Vorbereitung wird die Portio mit der Kugelzange stark nach hinten und unten gezogen und nach Einführung eines Katheters in die Blase letztere nach der Seite und hinten dislociert. Ein Querschnitt durchtrennt die Schleimhaut des vorderen Scheidengewölbes. Darnach wird zwischen Uterus und Blase stumpf in die Höhe gegangen, um die Plica vesico-uterina aufzusuchen. Da sich dieselbe nicht auffinden lässt, wird von einer Fortsetzung der Operation Abstand genommen. Die Wunde wird durch Catgut quer vereinigt.

Weiterer Heilungsverlauf normal.

X. Fall.

Anna G., 21 Jahre alt.

Anamnese: Partus sind nicht gewesen. Patientin hat aber stets gekränkelt, war bleichsüchtig. Die Menses waren unregelmässig, in Intervallen von 4—6 Wochen auftretend, 2—8 tägig. Ein Jahr blieben sie ganz aus.

Am 6. Juni 1894 wurde an der Patientin in Berlin die Alexander-Adam'sche Operation gemacht. Die Beschwerden blieben trotzdem. Im letzten Jahr (1893) fast ununterbrochene Blutungen. Jetzt: Schmerzen im Kreuz und in der linken Seite. Ausserdem dauernde Kopfschmerzen.

6 Wochen nach der Operation Vereiterung der Silkwormnähte beiderseits.

Status praesens am 5. XI. 1894.

Bimanuelle Untersuchung: Uterus liegt deutlich retroflectiert, aber nicht fixiert. Es besteht geringe Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit desselben auf Druck. In beiden Parametrien leichte Infiltration, die sich nach den Bauchdecken hin verstärkt. Hier sieht man die Narben, welche von der Alexander-Adam'schen Operation herrühren. In den Narben beiderseits Fistelöffnungen, welche auf Druck eitriges Sekret entleeren. Bei Bewegungen und Palpation der Fistelgegend klagt Patientin über stechende Schmerzen, welche nach ihrer Angabe „entschieden durch Drahtnadeln" verursacht sein müssen. Die in die Fisteln eingeführte Sonde lässt auch deutlich das Vorhandenein von Fremdkörpern erkennen. Die in den Uterus eingeführte Sonde dringt 8,5 cm tief mit der Concavität nach hinten in den Uterus ein.

Diagnose: Retroflexio uteri.

Therapie 16. XI. Vaginofixatio uteri.

Es werden noch 3 von der Alexander-Adam'schen Operation zurückgebliebene Fäden, die in den Bauchdecken Eiterung hervorgerufen haben, aus der Tiefe entfernt.

17. XI. Befinden gut. Schmerzen gering. Entfernung der Jodoformgaze-Tamponade der Scheide.

19. XI. Normaler Verlauf.

12. XI. Die Fistelöffnungen in den Bauchdecken haben sich bereits geschlossen.

29. XI. Patientin ist noch immer recht schwach. Allgemeinbefinden nicht schlecht.

4. XII. Patientin steht auf. Es besteht Schlaflosigkeit und allgemeine Schwäche. Beschwerden fast gehoben.

26. XII. Patientin ist den grössten Teil des Tages ausser Bett; sie ist aber noch sehr schwach.

27. XII. Patientin menstruiert. Schmerzen in der linken Seite mässig.

30. XII. Befinden besser.

3. I. Entfernen der Silkwormfäden. Uterus liegt gut.

4. I. Geheilt entlassen.

XI. Fall.

Frau K., 38 Jahre alt.

Anamnese: 2 normale Geburten und Wochenbette. Seit 1½ Jahren Kopf- und Kreuzschmerzen, Druck auf den Mastdarm. Gefühl von Gebärmuttersenkung. Druck nach unten. Ring wird nicht vertragen.

Status praesens am 26. X. 1894.

Bei der bimanuellen Untersuchung zeigt sich, dass der Uterus retroflectiert liegt, Portio hinter der Symphyse, Fundus durchs hintere Scheidengewölbe durchzufühlen, nirgends fixiert. Parametrien frei, nicht schmerzhaft. Portio hypertrophisch. Sonde dringt

concav nach hinten unten $8^1/_2$ cm in den Uterus ein. Beide Scheidengewölbe sind prolabiert.

Diagnose: Retroflexio uteri; Prolapsus parietis utriusque vaginae.

Therapie 30. X. Vaginofixatio uteri; colporrhaphia posterior

Normaler Verlauf. Uterus liegt gut.

18. XI. Geheilt entlassen.

8. XII. Entfernung der Silkwormfäden. Uterus liegt gut. Befinden vorzüglich.

XII. Fall.

Frau H., 39 Jahre alt.

Anamnese: 7 normale Geburten und Wochenbette. Im Mai 1894 Abortus (6 Wochen); 14 Tage darnach geblutet. Poliklinische Ausräumung und Behandlung.

Schmerzen im Kreuz und Kopf. Druck nach unten im Leibe. Das vor 3 Wochen eingelegte Pessar liegt schlecht und macht grosse Beschwerden.

Status praesens vom 13. XI. 1894.

Der Uterus liegt retroflectiert, hinten etwas fixiert, lässt sich aber bimanuell aufrichten, um sofort wieder zurückzufallen. Die Sonde dringt concav nach hinten $2^1/_2$ cm. über die normale Länge in den Uterus ein.

Diagnose: Retroflexio uteri.

Therapie: 19. XI. Vaginofixatio uteri.

22. XI. Normaler Verlauf. Patientin fühlt sich frei von Beschwerden.

29. XI. Pat. steht auf.

1. XII. Befinden gut; die alten Beschwerden fast völlig beseitigt.

4. XII. Geheilt entlassen.

XIII. Fall.

Frau K., 36 Jahre alt.

Anamnese: Die Menses waren unregelmässig, in Intervallen von 2—4 Wochen 1—3 Monaten auftretend.

2 Geburten. Beidemale starke Nachblutung. Letzte Entbindung am 29. Januar in der hiesigen Universitäts-Frauen-Klinik Querlage-Wendung. Drang nach unten im Leibe, Kreuzschmerzen, Druck auf den Mastdarm. Leichter Prolaps, besonders seit Oktober 1894 durch starkes Heben verursacht.

Status praesens vom 17. I. 1895:

Uterus ist normal gross, retroflectiert, ohne Adhaesionen. Parametrien sind frei. Sonde geht concav nach hinten in normaler Länge in den Uterus.

Diagnose: Retroflexio uteri.

Therapie: 21. I. Vaginofixatio uteri.

23. I. Patientin verliert geringe Mengen Blut.

25. I. Die Blutung hat sogar etwas zugenommen, so dass es sich allem Anschein nach um menstruelle Blutung handelt.

26. I. Blutung steht. Allgemeinbefinden gut, nur ist Patientin etwas schwach.

27. I. Ziemlich starke Blutung. Die Untersuchung

ergiebt, dass die Blutung durch Auseinanderweichen der Laquearwunde entstanden ist. Tamponade: Blutung steht.

30. I. Blutung ist nicht wiedergekehrt. Uterus liegt gut.

10. II. Geheilt entlassen.

XIV. Fall.

Frau A., 38 Jahre alt.

Anamnese: Patientin klagt hauptsächlich über Druck auf den Mastdarm und starke Obstipation.

Status praesens: Uterus deutlich etwas vergrössert, liegt retroflectiert und ist hinten adhaerent. Die Sonde dringt concav nach hinten 9 cm. in den Uterus ein.

Diagnose: Retroflexio uteri.

Therapie: 24. I. Aufrichtung in Narkose mi der Sonde. Lösung der hinteren Adhaesionen. Hodge-Pessar. Uterus liegt sehr gut.

25. I. Uterus ist über den Ring zurückgesunken. Starke Beschwerden.

28. I. Vaginofixatio uteri.

8. II. Normaler Verlauf. Uterus liegt antevertiert.

13. II. Pat. ist ohne Beschwerden.

Geheilt entlassen. Uterus hat sich verkleinert, 7 cm. lang.

XV. Fall.

Frau B., 25 Jahre alt.

Anamnese: Vor $2^1/_2$ Jahren ein normaler Partus; nur starke Nachblutung.

Bei Anstrengungen Schmerzen im Kreuz, Drang nach unten im Leibe und auf den Mastdarm. Kopfweh.

Status praesens: Uterus nicht vergrössert, liegt retroflectiert, leicht zu dislocieren. Parametrien sehr schlaff, sonst normal. Sonde dringt concav nach hinten in normaler Länge in den Uterus.

Diagnose: Retroflexio uteri.

Therapie: 28. I. Vaginofixatio uteri.

Verlauf normal. Der Uterus liegt zwar antevertiert, die Portio liegt aber stark nach vorn, so dass keine normale Stellung erzielt worden ist. Befinden sehr gut.

1. 3. II Geheilt entlassen.

Wenn wir nun ein Resumé über die angeführten Fälle machen, so ergiebt sich Folgendes.

Die Indikation für eine Vaginofixatio uteri wurde in der Greifswalder Klinik nur dann angenommen, wenn man mit der orthopädischen Behandlungsweise nicht zum Ziele gelangte — dies erhellt in der Mehrzahl der Fälle aus der Krankengeschichte, auch kenne ich dies aus dem Besuch der Klinik als Princip derselben. In dieser Beziehung wurde hier abgewichen von dem Principe Dührssens, welcher, ohne die orthopädische Behandlungsweise versucht zu haben, die Vaginofixatio uteri anschliesst, sobald er eine andere Operation z. B. das curettement an der Patientin zu machen hat. Meiner Ansicht nach ist mit Recht von Dührssens Ansicht abgewichen worden; denn ich halte es nicht für eine genügende Indikation für

diese grössere Operation, dass bei der Patientin so wie so ein Eingriff gemacht werden muss.

Was die Technik der Operation anbetrifft, so hielt man sich genau an die Vorschriften Dührssen's.

Die Resultate der Operation sind als äusserst günstige zu bezeichnen. Von den 15 Fällen ist bei acht (I, II, V, VI, X, XI, XIII, XIV) völlige Heilung erzielt worden. In 3 Fällen (IV, XII, XV) ist das Resultat als fast völlig geheilt zu bezeichnen. In dem ersten von diesen Fällen (IV) bestanden noch bei der Entlassung geringe ziehende Schmerzen hinten tief unten im Unterleibe. In dem zweiten (XII) sind die Beschwerden fast völlig beseitigt, wie es in der Krankengeschichte heisst. Bei dem dritten Falle (XV) ist zwar subjektiv völlige Heilung eingetreten, aber nicht objektiv — die Lage des Uterus entspricht nicht der normalen. In zwei Fällen (III, IX) konnte die Operation nicht vollendet werden. In dem ersten von diesen Fällen (III) rissen sowohl die Muzeux'schen Zangen, wie die Seidenfäden aus dem Uterus durch, und es konnte deshalb der Fundus in die Laquearwunde der Scheide nicht hineingezogen werden. Im zweiten Falle (IX) nahm man Abstand von einer Fortsetzung der Operation, da die Plica vesico-uterina nicht aufgefunden werden konnte. Über den Erfolg der Operation bei zwei Fällen (VII, VIII) ist aus dem Journal nichts zu ersehen.

Von Complikationen, die bei den Operationen stattfanden, ist nur zu verzeichnen, dass bei einem Falle (I) eine

kleine Blasenverletzung stattgefunden hat; die Folge davon war eine geringe Cystitis, die jedoch bald verschwand. Bei einem zweiten Falle (XIII) ist durch Auseinanderweichen der Laquearwunde der Scheide eine ziemlich starke Blutung eingetreten, die jedoch durch Tamponade zum Stehen gebracht wird.

Irgend welche Beschwerden, besonders von Seiten der Harnblase, als Folge der veränderten Lage des Uterus sind nicht beobachtet worden.

Ich muss nun zugeben, dass ich leider nicht angeben kann, wie sich des Weiteren die Patientinnen befunden haben, ob sie ev. schwanger geworden sind oder geboren haben etc. Ich hatte nicht Zeit, um selbst Anfragen zu stellen, und von der Klinik konnten mir genaue Angaben über die einzelnen Fälle nicht gegeben werden. Soviel weiss ich jedoch, dass einige von den operierten Patientinnen sich später vorstellten, und dass bei ihnen sowohl das subjektive Befinden, wie der objektive Zustand nichts zu wünschen übrig liessen, auch dass eine eine normale Schwangerschaft und einen normalen Partus überstanden hat.

Am Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Pernice für die gütige Ueberlassung der Arbeit, sowie für die gefällige Unterstützung bei der Ausarbeitung derselben meinen verbindlichsten Dauk abzustatten.

Litteratur.

Centralblatt für Gynäkologie. 1885.
Sänger, Ueber Pessarien. 1890.
Centralblatt für Gynäkologie. 1888, Nr. 11.
Centralblatt für Gynäkologie. 1893, Nr. 27, 29, 30, 32, 36.

Lebenslauf.

Romuald Stankowski, katholischer Konfession, Sohn des verstorbenen Polizei-Wachtmeisters Xaver Stankowski und dessen Ehefrau Theophila, geb. Janicka, wurde zu Inowrazlaw in der Prov. Posen am 7. Januar 1869 geboren. Den ersten Unterricht genoss er in der Stadtschule zu Inowrazlaw, hierauf besuchte er dort die Vorschule und das Gymnasium; Ostern 1890 verliess er dasselbe mit dem Zeugnis der Reife. Sommersemester 1890 bezog er die Universität Greifswald, um Medicin zu studieren. Am 25. Februar 1892 legte er die ärztliche Vorprüfung ab. Am 1. April 1892 trat er in Greifswald beim Infanterie-Regiment Prinz Moritz von Anhalt-Dessau (5. Pomm.) No. 42 als Einjährig-Freiwilliger ein und diente das erste Halbjahr mit der Waffe. Sommer-Semester 1893 ging er nach Würzburg. Zum Winter-Semester 1893/94 kehrte er nach Greifswald zurück und verblieb dort, bis er am Schlusse des Sommer-Semesters 1894 zwecks Ablegung des Staatsexamens sich exmatrikulierte. Am 21. März 1895 beendete er sein Staatsexamen. Am 28. März legte er das Tentamen rigorosum ab.

Seine akademischen Lehrer während des Studiums waren die Herren Professoren und Docenten:

In Greifswald:

Arndt, Ballowitz, Gerstaecker, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Krabler, Landois, Limpricht, Löffler, Mosler, Müller, Oberbeck, Peiper, Pernice, Preuner, v. Preuschen, R. Schirmer, Schmitz, Schulz, Solger, Sommer, Stoewer, Strübing.

In Würzburg:

Hofmeier, Kunkel, Leube, v. Rindfleisch, Schönborn.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern an dieser Stelle den herzlichsten Dank. Mit ganz besonderer Freude widmet er denselben den Herren Geh.-Rat Prof. Dr. Pernice und Prof. Dr. Heidenhain, in deren Klinik resp. Poliklinik er als Volontär thätig sein durfte.

Thesen.

I.

Bei beweglicher Retroflexio uteri ist bei einer Indikation zur Operation die Vaginofixatio der Ventrofixatio uteri im Prinzip vorzuziehen.

II.

Der in den Lochien auftretende üble Geruch zeigt noch keine Infektion, sondern erst Fäulnissprozesse an.

III.

Der Staat ist berechtigt Schutzimpfungen anzuordnen.